

**P1-12**

退院後訪問での学びを共有  
一思いを在宅療養に繋げる支援とは—

亀井久美、増潤仁美、小泉未央、小川洋子、園田保子  
JCHO うつのみや病院 看護部

【はじめに】在宅療養へ移行する患者が増加し、退院支援・退院調整（以下、退院支援・調整）は必須である。今回、A病棟から自宅へ退院した患者の自宅訪問を初めて行った。退院後の生活状況や思いを知ることで入院中に必要な看護支援を再考する体験をしたため報告する。  
【倫理的配慮】所属病院の倫理審査委員会にて承認を受け実施した。協力者には研究の趣旨について説明し同意を得た。  
【事例紹介】90歳代男性。急性胃腸炎で緊急入院した。80歳代の妻と次男の3人暮らし。元高校教員であり認知機能低下はなく入院前のADLは自立。入院中は床上安静によりオムツの使用や痰の吸引が必要となった。  
【経過】看護師は、ADLが低下しオムツ交換や痰の吸引があるため自宅退院困難と考えていた。本人と妻から「帰りたい」と意思の表出があり、介護認定申請やサービス調整を行い、在宅療養支援チームと退院前カンファレンスを実施後退院した。退院後の自宅訪問では、「早く帰りたいと思っていた」という患者の思いや、「病人になっている、早く連れて帰りたい」という妻の思いを聞いた。自宅での生活は、誤嚥せず痰の吸引やとろみ剤の使用なくお茶を飲んでいた。排泄は、尿器やポータブルトイレを使用していた。入院中には想像できなかったその人らしく生活する姿を見て感動した。入院中の生活と比較し、思いを聞くことの大切さを病棟スタッフと共有した。  
【結果】1. 退院後の生活状況や患者・家族の思いをカンファレンスで共有したことで、退院支援・調整の必要性について意識が向上した。2. 入院時から退院後の生活を考慮した退院支援・調整が出来るようになった。  
【考察】看護師が、患者・家族の家に帰りたいという思いを確認・尊重し、意思決定のサポートを多職種で行い、在宅支援に繋ぐことが重要であると考える。入院中に患者の持つ力をアセスメントし、退院後の生活をイメージできることが必要と考える。

**P1-13**

終末期がん患者の退院調整における不安の表出と多職種の連携の必要性  
～退院支援・退院調整の3段階のプロセスを用いて～

西田芳美、櫻井亜希子、須磨悠子  
JCHO 金沢病院 看護部

【はじめに】がん終末期で病院での看取りとなっていたA氏から退院の意思が聞かれた。患者と家族の不安の表出を促し寄り添い、意思決定支援を行い他職種と連携し問題の解決をしていく事で、笑顔で退院し看取りに繋ぐ事ができた為報告する。  
【患者紹介】A氏、60代男性。胆嚢癌術後。化学療法を施行後、多発転移がみられ緩和ケアへ移行。訪問看護を導入し次女宅で療養中、腹痛が増強し緊急搬送された。  
【倫理的配慮】患者家族に口頭と書面で説明し同意を得た。  
【看護の実際】A氏は腹痛・黄疸著明で起き上がる事が困難であった。医師は次女に肝不全状態であり、余命は数日と告げ、病院で看取りをする方向となった。しかし投薬により痛みが軽減し歩行可能となった事で、A氏と次女から退院の希望が聞かれた。翌日早急にカンファレンスを行い本人の意思を尊重する事になったが、医師からは、予後は数日単位で2～3日の退院準備ができなければ退院は困難と判断され、迅速に退院調整を開始した。退院調整看護師と連携し、サービスの導入や自宅環境の調整を行った。次女から不安な様子が伺えた為、寄り添い思いの表出を促すと、A氏の思いを尊重する為に準備をしているが、今後の状態が予測できず、それに対応できるのか不安を抱いていた。その為、今後起こり得る状態や医療者が共に処置やケアについて検討していく事を情報提供した。又、A氏が家族に対して気兼ねしていたが、家族も退院を希望している思いを代弁した。準備開始から4日目にA氏と次女は満面の笑顔で退院された。退院後訪問の際、A氏は穏やかで安心した表情で過ごしていた。1週間後、A氏は家族に見守られながら自宅で永眠された。  
【考察】A氏が退院できたのは、随時意思を確認した事で退院への強い意思に気づき調整できた為と考える。又、退院と不安の揺れ動く思いに寄り添った事、他職種との連携が安心感を与える事に繋がった為だと考える。

**P1-14**

人工関節置換術を受けた患者の退院支援の検討  
～術前家屋調査を通して～

平富孝美  
JCHO 人吉医療センター 看護部

【はじめに】当病棟では、2017年の1年間で人工股関節全置換術（以下THAとする）や人工膝関節全置換術（以下TKAとする）が93件行われている。術後在宅療養がスムーズにできるように、家屋調査を入院前に医療相談員（以下MSW）が行い、設備修正の提案をされている。しかし、看護師から入院中にMSWが調査した内容を活かした退院支援は行われていない。そこで、今回THA TKAを受ける患者の背景や家屋状況を明らかにし、自宅退院につながる患者指導の方向性を見出すことを目的に研究取り組んだので、ここに報告する。  
【対象者】2017年4月から2018年4月まで当病棟入院した THAを受けた31人 TKAを受けた57人 計88人  
【方法】患者の背景やMSWが調査した家屋状況について調査し、調査結果から退院支援における患者指導を検討する  
【結果】THA TKA双方とも50%近くが独居または高齢者世帯であり、性別では、女性の割合が多かった。家屋状況において、洋式トイレ使用は、THA81%、TKA86%、椅子座位生活THA65%、TKA67%と6割以上が洋式の生活を送っていた。術前にMSWが提案されたなかでシャワーチェア設置はTHA45%、TKA51%が設置してなかった。どの家屋の段差が1段以上あり、15-20cmの高さの段差が最も多く、最大40cmの高さの段差があった。  
【考察】今回対象者の50%近くが独居または高齢者世帯であった。術後手術周囲の組織や筋肉が弱くなっているため、THAでは脱臼が起りやすい状況である。しかし、独居・高齢者世帯では、退院後サポートできる家族が少ないことが多く、生活する上で段差や家事などのIADL動作が生活の障害になりやすい。特に女性の割合がおおいため、家事に関連した肢位動作の指導が必要と考える。また、家屋には段差が必ず見られるため、下肢筋力回復のため歩行運動を追加し筋力回復を図る必要がある。  
【おわりに】入院前から退院まで他職種連携をとりながら支援を組み立てていく。

**P1-15**

重度片麻痺と高次脳機能障害によりADL全介助レベルとなった高齢患者の家族が自宅退院を目指すに至るまでの脳卒中回復期病棟における多職種連携

安田由香<sup>1</sup>、影山美穂<sup>2</sup>、山岸久高<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部、<sup>2</sup>看護部、<sup>3</sup>福祉相談室

【はじめに】自宅退院が困難と思われた脳挫傷と脳梗塞を併発した高齢患者の療養先検討にあたり、回復期リハビリテーション担当者間のみならず、主治医・病棟看護師・MSWとの連携を図り、症例家族が自宅退院を決定するまでの支援を行ったので報告する。  
【症例】80代後半女性、脳挫傷受傷し、当初は覚醒にムラはあるものの麻痺はなかった。受傷15病日後に右中大脳動脈領域に広範な脳梗塞を発生し、左Stroke Impairment Assessment-motor1レベル、覚醒レベルの低下を認め、ADL全介助レベルとなった。家族構成は、就労している長女、無職の長男との3人暮らしで、長男は脳梗塞発症後も母は元通りになると信じ、介護保険申請に踏み出せなかった。  
【回復期病棟での取り組み】回復期リハビリテーションスタッフ間では、介護力が充足していることを頼りに入棟早期に自宅退院を目指すことで意見共有し、定期的開催される病棟カンファレンスにおいても、主治医・病棟看護師・MSW含め自宅退院を全体目標とした。最終的に転帰を決定する合同カンファレンスに向け、PT・OT・STは毎日長男とともにリハビリテーションを行い、起居・移乗、歩行、トイレ、整容、食事介助などを計画的に指導した。主治医は自宅退院後の訪問診療を実施することを決定し、病棟看護師はおむつ交換や吸引指導、MSWは継続的に療養先の情報提供を行った。  
【結果】受傷145病日後の合同カンファレンスにおいて、長男より自宅退院を目指す意向が得られ、胃ろう造設、退院前訪問、環境整備を経て、受傷206病日後に自宅退院の運びとなった。  
【考察】症例家族の介護力をもとに、リハビリテーションスタッフ間・病棟スタッフ間で自宅退院を目指すことを意見共有し計画的に行動したことで、重度片麻痺と高次脳機能障害によりADL全介助レベルとなった高齢患者が無事自宅退院するに至った。

## P1-16

## 望む生活を実現するための退院支援

森崎聡<sup>1</sup>、角谷安佳音<sup>2</sup>、井上尚美<sup>2</sup><sup>1</sup>JCHO 滋賀病院 地域医療連携室、<sup>2</sup>看護部

昨今の退院支援の現状として、患者の医療依存度の増加、夫婦が老老、認認、といった世帯、同居家族がいても就労であったり、精神科疾患を含む引きこもりなどのため介護力が無い、など、患者自身の病状が安定しても、入院が長期化しているようなケースが増加している。今回、新たな病気から、家族の介護力が低く、環境整備が整いにくいケースの退院支援に関わったので、学べたことを報告する。

患者は多系統萎縮症の診断を受けながら、自宅での生活を送っていたが、今回、排尿困難の訴えから近隣の総合病院に救急受診。バルンカテーテル留置され自宅へ戻られる。しかし息子と二人暮らしの自宅環境では管理もケアもできず、当院の泌尿器科を受診。カテーテルの管理など本人に習得してもらうことを目的として、入院となった。

元々介護サービス利用は多くなく、自分で何でもしなくては、との思いも強く、また、同居の息子も引きこもっており介護力としては計算できないとの情報も有ったため、患者自身が最低限必要な医療ケアを習得すること、その他を介護サービスの利用を勧め、少しでも安心できる環境での退院を目指し、入院中、多職種で本人へ技術指導を重ね、自宅での介護状況も視野に入れ居宅ケアマネジャーと連携しサービス調整を同時に行い自宅への退院につなげた。

退院後、自宅訪問指導を行う。息子も役割を持っており、協力体制にはあったものの、服薬管理が不十分で、介護サービスの提供を患者自身が受け入れていなかったため、ADLも低下しており、再度ケアマネジャーとサービスの再調整の必要性について相談を行うこととなった。

患者への意思確認は頻繁に行っていたが、医療者側が思う安心と、患者の「できる」という思いとが上手くかみ合わなかった事例であり、入院の間、苦慮していた部分でもある。できることを増やすばかりが安心した生活を送るための退院支援にはなり得ないことが学べた事例であった。